RÉFLEXIONS ET OBSERVATIONS N° 120.

SUR QUELQUES POINTS

DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE PRATIQUE,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 25 juin 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR CHARLES-HENRI LÉDEMÉ, de Frénay,

Département de la Sarthe;

Ancien Membre de l'École pratique; ancien Élève des hôpitaux de Paris.

Non est fingendum nec excogitandum, sed inveniendum quid natura faciat, aut ferat.

BACON.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Suppléant.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL,
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Président.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Examinateur.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier, *Examinateur.*	Lisfranc.
Breschet, *Examinateur.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte.)	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier, *Suppléant.*
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

C.-H. LÉDEMÉ

INTRODUCTION.

Si nous consultons l'histoire critique de l'esprit humain, nous voyons sans cesse l'étude des sciences naturelles, plus que toutes les autres branches de nos connaissances, faussée dans son but par l'abus des systèmes les plus ridicules, et entravée dans sa marche par l'application des méthodes les plus défectueuses. Cette déplorable impulsion subsistait encore au milieu du seizième siècle. Alors parut le chancelier *Bacon*, dont le puissant génie devait renverser à jamais le bizarre assemblage de l'antique civilisation grecque avec les barbaries du moyen âge, et montrer le vrai chemin de la vérité jusqu'alors si peu connu dans les sciences. Ce fut principalement dans les deux écrits qui ont pour titres ; l'un, *Scientiarum novum organum ;* l'autre, *de Dignitate et augmentis scientiarum*, que ce grand homme ramena l'esprit humain à l'étude des phénomènes physiques, et le circonscrivit avec tant de bonheur dans le cercle de l'observation et de l'expérience. Cette heureuse réforme porta bientôt le fruit qu'on avait le droit d'en attendre. Tout le monde connaît la mémorable révolution qui s'opéra depuis dans nos études scientifiques, et qui fut si bien secondée par divers savans du monde civilisé. Mais il était réservé à la fin du dix-huitième siècle et au commencement du nôtre de voir le magnifique spectacle des prodigieuses conquêtes qu'a faites

de nos jours la civilisation moderne dans toutes les parties des siences utiles et positives. Au milieu de cette marche admirable de raison humaine, il est *consolant* de voir la médecine, cette science d'origine si reculée, ne point rester stationnaire et participer au mouvement général. Il faut avouer cependant que cette branche de nos connaissances s'est trouvée une des dernières à mettre à profit la nouvelle méthode introduite dans les études, ou, pour parler avec plus de justice, une de celles où cette méthode a dû rencontrer le plus d'obstacles.....

Si l'on réfléchit sur la marche successive de cette science jusqu'à l'époque où les autres connaissances prirent un nouvel essor, on verra bientôt qu'il n'en pouvait guère être autrement. En effet, par une fatalité bien malheureuse, et presque unique dans l'histoire de l'esprit humain, la médecine, créée par le génie éminemment observateur d'*Hippocrate*, et laissée par ce grand homme dans le vrai chemin de la sagesse et de la vérité, fut depuis sans cesse entraînée hors de cette voie si sûre par le subtil esprit des Grecs, et plus tard par les préjugés et par l'ignorance de leurs successeurs. Ce fut en vain que quelques hommes recommandables, doués d'un rare savoir et d'un profond jugement, essayèrent de ramener la médecine pratique à l'observation et à la méditation des faits. Plus tard, ce fut pis encore. Tout le monde sait que l'invasion des barbares au cinquième siècle replongea l'Europe dans les ténèbres de la barbarie pendant près de mille ans, et les médecins n'ignorent point que l'état de leur art pendant cette longue période fut aussi déplorable que possible. A peine voit-on

quelques lueurs dans les écrits des Arabes. Il faut arriver jusqu'au seizième siècle pour retrouver dans quelques ouvrages, aujourd'hui même peu consultés, ce retour vers le bon goût qu'avait si sagement adopté dans ses écrits le divin père de la médecine. Dans les deux siècles qui suivirent, on vit apparaître un bon nombre d'excellens observateurs. Des découvertes capitales hâtèrent sans contredit le retour des solides études. Néanmoins si l'on réfléchit sérieusement sur l'esprit général de la science, ou, pour m'exprimer plus positivement, sur les doctrines médicales considérées comme renfermant la science proprement dite, on sera forcé d'avouer que cette partie si importante de la médecine était encore horriblement défigurée par l'extravagance des systèmes jusque vers le milieu du siècle passé. Je dirai plus, peut-être même de nos jours les véritables bases sur lesquelles doivent s'appuyer l'ensemble des connaissances médicales, si bien appréciées par tous nos grands maîtres modernes, sont-elles encore imparfaitement senties par un grand nombre de jeunes médecins. Ainsi, pour me résumer, mauvaise méthode dans la manière de procéder, défaut de connaissances positives pour s'appuyer, théories contradictoires et défectueuses, tels étaient les obstacles qui s'opposaient si fort à l'avancement de la médecine pratique.

Ces vices radicaux, entrevus depuis long-temps par les hommes supérieurs, furent bientôt reconnus par la majorité des médecins. Aussi vit-on, à la fin du dernier siècle, les vrais fondemens de la science indiqués avec soin et avec rigueur par des observateurs judicieux, dont le nom vivra dans

les fastes de l'art tant que le bon goût et la sévère raison seront en honneur auprès de ceux qui le cultivent. *Morgagni*, dont le nom immortel rappelle tant de glorieux travaux, fut sans contredit un de ceux qui, par l'autorité de leurs écrits, eurent une des plus heureuses comme des plus puissantes influences sur la marche nouvelle et sévère introduite dans l'étude de la médecine. Depuis, nous voyons une suite non interrompue de médecins illustres dont s'enorgueillit avec tant de raison la médecine française, aujourd'hui placée si haut dans l'esprit de l'Europe savante. Je ne saurais sans injustice omettre les noms de *Pinel*, de notre admirable *Bichat*, de *Bayle*, de *Corvisart*, de *Laennec*, de *Béclard*, etc., et de tant d'autres encore vivans que je m'abstiendrai de désigner autrement ; car leurs noms sont dans toutes les bouches et leurs paroles dans tous les esprits.

Ce fut aux travaux de ces profonds observateurs que la science dut la route si philosophique dans laquelle on la vit entrer. Alors il fut généralement convenu que la médecine devait se rapprocher des sciences exactes, et se fonder comme elles sur l'observation des faits. Partout on vit établir en principe que d'une part l'observation clinique, d'autre part l'anatomie pathologique, devaient être regardées comme les bases fondamentales et indestructibles, sans l'appui desquelles la médecine sort véritablement des limites d'une science exacte et positive. En nommant d'abord l'observation clinique, je ne fais qu'appliquer à la médecine les principes qui, depuis le dernier siècle, ont sans cesse présidé à toute étude scientifique. Il est indubitable, en effet, que toutes nos connaissances ont commencé par des observa-

tions, puisque, comme *Condillac* l'a si bien démontré, il faut voir avant de raisonner. Il est également hors de doute que c'est par suite de cette tendance générale vers l'étude de l'observation que toutes nos sciences naturelles ont éprouvé cette révolution complète qui semble être enfin la dernière, et qui les a mises dans une position telle, qu'il n'y a plus qu'à suivre l'impulsion qu'on leur a donnée pour les perfectionner autant qu'il est au pouvoir de l'esprit humain. Enfin c'est à l'observation que la médecine d'*Hippocrate* doit la haute célébrité dont elle jouit encore après plus de vingt siècles, et cette science n'a reçu depuis de véritables accroissemens que des faits recueillis par les meilleurs observateurs. On peut même dire que ces idées capitales ont toujours dominé l'esprit des grands praticiens. *Ars medica tota in observationibus*, s'écriait Frédéric Hoffmann; et Morgagni, en ajoutant : *Non numerandæ, sed perpendæ sunt* (*observationes*), caractérisait admirablement par ce peu de mots toute la science médicale. *Sydenham* ne pensa jamais autrement, et *Stoll* consacra ces idées en principe fondamental. Mais l'observation, telle que la concevaient les Grecs, tels que l'entendent encore tous les modernes, manquerait bientôt de solidité et courrait infailliblement risque de s'égarer, si elle demeurait isolée de l'étude des altérations organiques. De là vient la nécessité de l'anatomie pathologique, science toute moderne, science à peine ébauchée, mais à l'étude de laquelle la médecine n'en est pas moins redevable des immenses progrès qu'elle a faits depuis trente ans. Remarquons cependant que si l'étude des espèces anatomiques est indispensable, que si cette étude est une des bases fondamentales de la médecine

pratique, de laquelle même on ne se doit jamais écarter, sous peine de poursuivre et de combattre des chimères, il est également dangereux d'apporter à l'étude des altérations organiques une attention tellement exclusive, qu'elle fasse perdre de vue la différence des causes dont elles peuvent dépendre, ou, si l'on veut, pour me servir des expressions de *Sydenham*, la différence de leur génie connu ou caché. « Une manière de voir aussi courte, disait avec tant de raison M. *Laennec*, est de faire prendre l'effet pour la cause, « ou de faire tomber dans la faute plus grande encore de « considérer comme identiques et de traiter par les mêmes « moyens des maladies dans lesquelles les seules altérations « visibles sont des lésions semblables sous le rapport anatomique. » Ces idées pleines de justesse et de vérité nous ramènent encore à montrer que l'observation clinique et l'anatomie pathologique doivent sans cesse marcher ensemble, se prêter un mutuel appui, s'expliquer l'une par l'autre, et guider constamment la véritable médecine pratique.

Ces considérations une fois posées et admises, il est évident que la théorie en médecine devrait être ce qu'elle est dans les autres sciences, l'expression des faits. Cependant, en considérant l'état de la science sous ce nouveau rapport, il faut bien convenir qu'il n'en était presque jamais ainsi par le passé ; on est même tout étonné, de nos jours, de voir un si grand nombre de faits et si peu d'accord dans leur explication. Il en faut rechercher la cause dans la mauvaise direction imprimée aux recherches médicales jusqu'à ces derniers temps. Ne savons-nous pas, en effet, que telle était la déplorable impulsion de la médecine avant l'époque actuelle,

que des théories préalablement imaginées sur quelques faits rares et isolés servaient ensuite à l'explication de tous les autres faits subséquens, de telle sorte que la théorie précédait l'observation, c'est-à-dire qu'on marchait précisément à rebours dans le chemin de la vérité. Joignez à cela qu'il n'en est point de la médecine pratique comme des autres branches des connaissances humaines, où, un petit nombre de principes étant donné, il n'y a plus qu'à en faire l'application à tous les faits particuliers. « En médecine, au con-
« traire, a dit un des jeunes professeurs de cette école en
« qui M. *Laennec* se plaisait à reconnaître une des plus bril-
« lantes espérances de la médecine française; en médecine,
« a-t-il dit, où un fait observé n'est jamais exactement sem-
« blable aux autres faits déjà observés, il faut, pour ainsi
« dire, *individualiser* sans cesse : en cela consiste tout l'art du
« diagnostic, et voilà pourquoi l'homme instruit qui a le
« plus vu est aussi celui qui doit le mieux voir. » C'est aussi justement pourquoi ceux qui s'efforcent de rattacher à une lésion quelconque des symptômes toujours identiques font bien moins pour la science que ceux qui, plus intelligens, cherchent laborieusement à faire connaître les symptômes variés qui résultent souvent des mêmes altérations.

Si l'on se pénètre bien de ces vérités premières, on sentira bientôt le peu d'importance qu'un esprit juste doit accorder aux théories médicales. Puisque, par la nature même de la science, les théories ne sauraient jamais convenir à l'universalité des faits; puisque la science même consiste en grande partie à bien saisir et à bien connaître la multitude des faits exceptionnels qui leur échappent, ces théories, dès-lors,

ne doivent plus être envisagées que très-secondairement en médecine pratique, et seulement comme destinées à lier et à expliquer dans notre esprit cette innombrable quantité de faits divers dont se compose l'ensemble de nos connaissances médicales. C'est bien ici le lieu de rappeler cette belle maxime de Stol, gravée sur les murs de nos amphithéâtres : *Nunquàm facias aliquid magni aut opinione aut merâ hypothesi.* Certes, si ces idées vraiment philosophiques eussent sans cesse guidé l'esprit des médecins, nous n'aurions pas eu à gémir sur tant de misères et sur tant d'extravagances; nous n'aurions pas vu poursuivre par cent moyens divers l'atrabile, l'acidité des humeurs, l'épaississement du sang, et mille autres chimères qui ont si long-temps affligé les bons esprits.

Ces réflexions m'amènent naturellement à m'expliquer sur le choix que j'ai fait de cette forme qui devient chaque jour plus usitée dans la composition des dissertations inaugurales. Jusqu'à ces dernières années, un mode à peu près uniforme présidait au choix des sujets et à la rédaction des thèses. Ce mode, très-simple et connu de tout le monde, consiste à choisir et à traiter par écrit, soit une maladie, soit un point quelconque d'une maladie. Mais on conviendra qu'il n'existe que deux manières de traiter une question de pathologie; ou bien on copie ce que les auteurs précédens en ont dit, ou bien, appuyé sur l'autorité des observateurs, on décrit les phénomènes qu'on a soi-même observés, et l'on en déduit les conséquences que l'expérience et le raisonnement nous enseignent. Or, pour suivre ce dernier plan, qui, à vrai dire, est le seul philosophique, il

est incontestable qu'il faut que l'écrivain se soit trouvé dans des conditions telles, qu'on ne saurait les rencontrer que très-rarement chez les jeunes gens, même à la fin de leurs études : aussi, à quelques exceptions près, voit-on journellement la généralité des thèses médicales, conçues et exécutées selon l'ancien usage, n'offrir aux examinateurs que des compilations rédigées avec un talent qui varie, et qui se trouve entièrement subordonné à celui de leurs auteurs. Je ne pense pas que les résultats d'une pareille manière de procéder soient bien profitables, soit aux auteurs eux-mêmes, soit à ceux qui voudraient les lire. Cependant il me semble qu'il peut exister une manière fort simple de rendre utile, pour la suite et par la suite, l'usage généralement répandu dans les facultés de faire soutenir des dissertations inaugurales imprimées. Je crois, par exemple, que si les jeunes candidats, à qui la longue fréquentation des hôpitaux a appris la saine méthode de bien observer et de bien décrire, publiaient à la fin de leurs études les faits pratiques observés et recueillis par eux, ils rendraient un rare et précieux service à la science. Cette idée rentre, du reste, dans celle de *Frédéric Hoffmann*, qui demandait expressément que tous les médecins communiquassent au public les faits curieux recueillis dans leur pratique. Je ne puis m'empêcher à ce sujet de citer ses propres paroles : *Vehementer fortè optandum foret*, dit-il, *ut medicus, casus in artis exercitio occurrentes, præsertìm notabiliores plenissimè consignare, utque hoc pacto artis medicæ incrementum promovere annitęretur.*

Il ne s'agit point ici de trancher avec quelques observations isolées et décousues les questions qui divisent le monde

médical. Il s'agit plutôt de faire des dissertations inaugurales un vaste et authentique dépôt, dans lequel les médecins, jaloux du perfectionnement de leur art, puissent venir puiser avec confiance et sécurité. Mais je conviendrai, si l'on veut, que pour arriver à ce beau résultat, il serait nécessaire de n'offrir aux yeux des juges que des observations recueillies dans le sein des hôpitaux, et rédigées sous les yeux des habiles professeurs qui dirigent avec tant de zèle dans nos facultés la partie de l'instruction connue sous le nom de *clinique des hôpitaux*. Cet exemple salutaire a déjà été donné à plusieurs reprises dans le sein de l'illustre école de Paris. Je crois même savoir qu'il a mérité le suffrage des hommes éminens qui la dirigent, et auxquels rien de ce qui peut hâter les progrès de la science ne reste un moment étranger.

C'est pour me conformer à ces idées, encore peu répandues, que j'ai adopté ce nouveau mode dans le choix du sujet qui devait faire le fond de cette dissertation. Trop heureux mille fois si ce timide essai obtient l'approbation des savans maîtres auxquels je dois toutes mes modestes connaissances, et aux talens desquels j'aime chaque jour à rendre un public témoignage !

RÉLEXIONS ET OBSERVATIONS

SUR QUELQUES POINTS

DE CHIRURGIE ET DE MÉDECINE PRATIQUE.

FRACTURES COMPLIQUÉES.

Je ne saurais mieux commencer les courtes réflexions que je veux présenter sur les fractures compliquées qu'en rapportant ces belles paroles, qui se trouvent en tête des observations sur les plaies d'armes à feu avec fractures, que *Boucher* inséra dans le second volume des Mémoires de l'académie de chirurgie. « Les grands accidens, « dit-il, ne demandent pas toujours les grandes opérations. Le chi- « rurgien doit considérer attentivement, d'un côté, les avantages qu'il « en attend, et de l'autre les suites fâcheuses qu'il en doit craindre. « C'est cette juste balance qui doit le diriger dans le choix des re- « mèdes plus doux et plus violens. Cette considération doit surtout « avoir lieu quand il s'agit de l'amputation. » Ce peu de mots renferme toute la thérapeutique des fractures compliquées et tous les principes qui doivent diriger la conduite du chirurgien dans ces cas difficiles. Il faut avouer cependant qu'il est impossible de trouver une règle applicable à tous les cas et de préciser les variétés des lésions des membres, ainsi que les accidens graves qui peuvent les

compliquer. La constitution du sujet, sa manière de vivre, ses maladies antérieures, l'état actuel de sa santé, ses affections morales, les circonstances dans lesquelles il se trouve, la manière dont la blessure a été produite, la forme et l'étendue de celle-ci, enfin une foule d'autres circonstances qu'on ne peut ni décrire, ni prévoir, font que chaque cas constitue presque toujours une lésion particulière. S'il en est ainsi, le meilleur moyen d'éclairer encore ce point de chirurgie pratique est de produire les faits qui s'y rapportent Ces considérations m'engagent à donner ici quatre observations de fractures compliquées, recueillies fidèlement dans les salles de M. *Dupuytren;* mais, auparavant, qu'il me soit permis d'entrer dans quelques explications sur l'état actuel de la science à ce sujet.

Trois questions importantes se présentent à l'esprit du praticien dans la thérapeutique des fractures compliquées. Les voici : 1°. *L'amputation du membre doit-elle être proposée dans ces cas ?* 2°. *Si cela est, quelles sont les conditions qui la réclament?* 3°. *A quelle époque doit-on la pratiquer?*

Première question. A divers intervalles, nous voyons dans les fastes de l'art les grandes opérations chirurgicales proscrites comme inutiles et barbares. *Bilguer*, chirurgien en chef des armées prussiennes, renouvella ces opinions vers la fin du dernier siècle. Dans une thèse publiée à Hale en 1761, pour y obtenir le doctorat, il proscrivit presque sans distinction les amputations des membres dans les fractures comminutives. Cette doctrine ne fit pas fortune en Europe. On remarqua, avec une juste raison que le peu de succès obtenu dans les amputations des membres tenait aux procédés vicieux alors mis en usage, et quelquefois au traitement tout à fait contraire qu'on faisait subir aux opérés; que le chirurgien prussien, cité plus haut, faisait bien mention, à la vérité, dans des remarques qui furent publiées plus tard, d'une centaine de cas de guérisons vraiment extraordinaires, mais qu'il avait oublié d'ajouter que ce résultat avait été obtenu sur plus de six mille blessés confiés à ses soins; que dans ce

nombre de cures heureuses plusieurs encore n'avaient été définitives qu'au bout de longues années de souffrances ; et qu'enfin quelques-uns de ces malades n'avaient conservé qu'un membre devenu pour eux une source d'incommodités et de souffrances, et incapable à jamais de leur rendre aucun service. *John Bell*, dans son excellent Traité des plaies, nous a même donné, depuis cette époque, deux observations dans lesquelles on voit les malades guéris après huit mois de traverses, contraints plus tard de se faire amputer la jambe, pour se soustraire aux éternelles douleurs qu'ils éprouvaient en voulant se servir de leur membre conservé. Ces puissantes raisons convainquirent bientôt les véritables praticiens, et tous continuèrent de partager l'avis de *Boucher*, qui s'exprime ainsi à la fin de son beau mémoire : « Quelque décidé que l'on soit à proscrire l'amputation et à « s'en reposer sur les ressources de la nature, on ne peut s'empêcher de convenir qu'on ne doit pas attendre de miracles, ni avoir « une confiance aveugle. Il est des cas dans lesquels le retranchement du membre est l'unique salut. » (Mémoires de l'académie de chirurgie, tome 2.)

Seconde question. C'est aujourd'hui une vérité incontestable et démontrée, que la thérapeutique des plaies et de leurs accidens était anciennement fort défectueuse. Ce fut sans doute une des causes qui dut porter les chirurgiens à proposer souvent dans les fractures compliquées l'amputation comme l'unique moyen de salut. En Angleterre, sir *Astley Cooper* affirme positivement qu'on pratiquait, il y a trente ans, l'amputation du membre inférieur, même pour les cas de luxation compliquée, de plaie simple à l'articulation du pied, et qu'on regardait l'opération comme absolument nécessaire pour conserver la vie du malade. (*Astley Cooper*, Œuvres chirurgicales, t. 2, p. 261.) On sentit en France, lors de l'établissement de l'ancienne Académie de chirurgie, l'incertitude de la science à ce sujet, et le besoin d'y remédier. Aussi cette illustre société accueillit-elle avec plaisir les mémoires de *Lamartinière* et de *Boucher*, et proposa-t-elle

ensuite pour le prix de 1755 et de 1756 une question qui tendait indirectement, à la vérité, à donner des renseignemens sur ce point important de pratique chirurgicale? Les excellens travaux que ces discussions firent éclore fixèrent définitivement la science, et l'on peut affirmer, même aujourd'hui, que les opinions professées alors n'ont point encore vieilli. Voici en peu de mots les cas indiqués par les meilleurs praticiens comme nécessitant l'amputation immédiate.

1°. Lorsque l'un des grands os, tels que le fémur, le tibia, etc., est fracturé de façon que les deux fragmens forment des pointes saillantes qu'on ne peut ni emporter, ni arcbouter, chose nécessaire pour en avoir une bonne réunion.

2°. Quand un des grands os mentionnés ci-dessus est brisé en plusieurs endroits, de manière que les fragmens, entièrement détachés ou écrasés, ne peuvent être tenus en rapport sans causer une extrême irritation dans les parties molles, plus ou moins contuses ou déchirées.

3°. Si la fracture est compliquée d'ouverture d'une grande articulation ginglymoïdale, soit avec sortie des extrémités articulaires, soit avec dilacération des ligamens, soit avec épanchement sanguin notable dans l'intérieur de l'article, soit, à plus forte raison, avec écrasement ou avec formation d'esquilles des extrémités osseuses articulaires.

4°. Quand l'artère *principale* du membre est ouverte, que la fracture est en même temps accompagnée de plaie considérable aux parties molles, et que la compression ou les autres moyens mis en usage ont échoué contre l'hémorrhagie. Sir *Astley Cooper* remarque que si le vaisseau ouvert n'était pas le seul *considérable* à alimenter le membre, comme à la jambe, par exemple, où l'on trouve trois artères à peu près d'un égal volume, cette complication serait de peu d'importance dans le choix du parti qu'on aurait à prendre. Il rapporte, à l'appui de cette opinion, plusieurs observations qui nous font voir des individus se trouvant dans ces positions, et qui ont parfaitement

guéri avec la conservation de leur membre, le vaisseau lésé ayant été préalablement découvert et lié.

5°. Lorsque la désorganisation des parties molles est telle, que l'inflammation qui doit s'en suivre en amenerait la destruction complète, et mettrait ainsi à nu une assez grande étendue de parties osseuses. A plus forte raison l'opération est-elle indiquée, si la gangrène existe déjà, ou si les tissus sont détruits par une cause quelconque. (*Boucher*, Mémoires de l'académie de chirurgie, t. 2, pag. 211 et suiv.) (*Faure*, Prix de l'Académie de chirurgie, t. 3, pag. 343 et suiv.) (*Comte*, même ouvrage, même volume, pag. 359 et suiv.) (*Larrey*, Mémoires de chirurgie militaire, t. 2.) (*John Bell*, Traité des plaies, pag. 352.) (*Astley Cooper*, Ouvrage cité, t. 2, pag. 358 et suiv.) (*Guthrie Thompson*, et divers chirurgiens anglais, dans le Dictionnaire de chirurgie de *Samuel Cooper*, pages 330, 332 et suiv.)

Il existe encore d'autres circonstances qui peuvent nécessiter l'amputation ; mais mon intention n'est ici que de parler des accidens primitifs et des causes ordinaires et physiques qui la commandent de prime-abord.

Troisième question. Lors de l'ancienne Académie de chirurgie, les opinions furent partagées sur la question de savoir à quelle époque on devait pratiquer l'amputation dans les cas de fractures comminutives où l'opération était jugée indispensable. *Faure*, qui remporta le prix de 1756 sur ce sujet, voulait qu'on ne recourût à l'amputation que dans les cas où la vie du malade était *immédiatement* en danger, ajoutant qu'alors on usait de *cet extrême moyen plutôt comme d'un mal nécessaire que comme d'un remède efficace.* (Ouvrage cité, page 245.) Dans tous les autres cas, il demandait qu'on attendît la cessation des accidens inflammatoires. Cependant *Boucher*, *Ledran*, l'un, dans le second volume des Mémoires de l'Académie de chirurgie ; l'autre, dans son Manuel des plaies d'armes à feu, voulaient positivement que l'amputation une fois décidée, fût mise sur-le-

champ à exécution. Il est inutile de s'étendre aujourd'hui sur cette question ; l'expérience, bien supérieure au raisonnement, a démontré d'une manière péremptoire que le temps le plus favorable pour l'opération était précisément celui qui se rapprochait le plus du moment de l'accident. *John Bell*, *Guthrie*, *Astley* et *Samuel Cooper*, en Angleterre ; chez nous, M. le baron *Larrey*, dont l'imposante autorité fait presque loi dans ces matières, et auquel je pourrais joindre toutes les sommités de la chirurgie française, ont consacré ce principe fondamental, qu'il fallait opérer avant le développement des premiers accidens inflammatoires.

Voici maintenant les quatre observations que j'ai annoncées.

Ire. OBSERVATION.

Un terrassier, âgé de soixante-deux ans, d'une constitution un peu affaiblie par l'âge, fut renversé, le 11 avril 1825, par la chute d'un mur auquel il travaillait, et reçut, sur l'extrémité inférieure de la jambe droite, le choc de plusieurs tuyaux de plomb très-pesans, ce qui donna lieu à des accidens pour lesquels cet homme se fit transporter à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu et couché salle Saint-Paul, n°. 9, le jour même de l'événement. Soigneusement examiné, ce malade offrit l'état suivant à l'observation, vingt-quatre heures après l'accident : 1°. fracture au tibia, à deux pouces au-dessus de son extrémité inférieure, avec mobilité et crépitation très-grande des fragmens ; plaie contuse au côté interne de la jambe, au niveau même de la fracture, communiquant avec cette dernière, d'un pouce et demi d'étendue, intéressant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles même, mais sans désorganisation profonde de ces parties. 2°. Fracture du péroné, à la même hauteur que celle du tibia, sans plaie aux tégumens ; les os paraissaient sains ; on ne remarquait aucune esquille ; la plaie offrait seulement quelques légères traces de meurtrissure et de contusion à ses bords, mais il existait une très-grande quantité de sang liquide et à demi coagulé dans le foyer de la double

fracture ; le pourtour de la plaie était gonflé : cependant le malade n'accusait aucune souffrance, son pouls était calme et régulier, et toutes les fonctions jouissaient encore de leur intégrité. Le 12 avril, on commence par pratiquer une incision verticale de deux pouces et demi d'étendue, à partir des bords de la plaie extérieure, intéressant la peau et l'aponévrose jambière, afin d'éviter plus tard les étranglemens, suite de l'inflammation qui tend déjà à se développer ; on panse mollement la plaie, sans trop chercher à réunir ; on entoure le membre d'un appareil ordinaire à fractures de jambe, très-peu serré, fortement imbibé de résolutifs, et on place la jambe dans l'extention, sur un plan d'oreillers légèrement élevé ; de plus, deux fortes saignées sont pratiquées dans la même journée ; la diète absolue est recommandée ; le malade est mis à l'usage des boissons rafraîchissantes, etc. Le 13 avril, souffrances médiocres, nuit un peu agitée ; la partie inférieure de la jambe est légèrement gonflée, chaude et douloureuse. Le soir, tous les symptômes d'une inflammation intense et profonde se dessinent ; les douleurs deviennent aiguës ; le pouls s'accélère beaucoup. Dans la nuit, le malade est pris de délire, il parle des objets relatifs à son genre de vie, et paraît insensible à toute espèce de souffrances. (Mêmes moyens.) Le 14 avril : ce matin, le délire continue avec tous les caractères du délire nerveux ; le membre est très-gonflé, rouge et douloureux ; la plaie offre des bords violacés qui pourraient en imposer pour de la gangrène ; le pus qui en découle est mêlé de sanie infecte, mais sans odeur gangréneuse. Le pouls est très-fréquent et peu développé ; la face se décompose. (Quarts de lavemens toutes les quatre heures, dans lesquels on fait entrer dix gouttes de laudanum de *Rousseau ;* mêmes moyens du reste.) Le 15 avril, le délire, après avoir cessé le jour, se renouvelle le soir, et se prolonge fort avant dans la nuit. (Mêmes moyens.) Le 16 avril, à la visite du matin, on trouve le malade calme et sans souffrances ; mais une suppuration abondante existe, et a déjà détruit la plus grande partie du tissu cellulaire sous-cutané de la moité inférieure et antérieure de la jambe et du dos du pied ; cependant l'inflammation

semble se borner. (On substitue aux résolutifs ordinaires l'eau végétale camphrée, on donne du petit-lait sucré et nitré, des lavemens émolliens, etc.; diète absolue.) Le 20 avril, la suppuration a disséqué une grande partie des muscles de la partie antérieure de la jambe, et isolé leurs tendons sur le dos du pied; la langue est sèche, rouge et comme racornie. Le malade est très-altéré; on ne découvre aucune douleur dans le ventre, cependant il existe du dévoiement. (Six selles en vingt-quatre heures.) Le pouls est petit et misérable; des sueurs froides et visqueuses couvrent la peau du malade. (On continue de faire usage des résolutifs camphrés; on absterge soigneusement la plaie, en évitant les tiraillemens douloureux; on donne des quarts de lavemens, avec addition d'une demi-tête de pavot pour chaque, et on continue l'usage des mêmes moyens.) Le 23 avril : ces trois jours se sont passés péniblement; cependant le malade n'a pas perdu de ses forces; la suppuration n'a point pris de mauvais caractères, et le dévoiement s'est ralenti. (Même prescription.) Le 25 avril, le dévoiement a complétement disparu; la suppuration se modère et continue d'être de bonne nature; le ventre est souple, indolent; la langue devient humide; le pouls est petit et faible; il n'y a plus de sueurs froides. (Eau rougie avec du vin de Bordeaux, et bien sucrée; une tasse de bouillon de veau; mêmes moyens du reste.) Le 27 avril, la jambe a perdu les deux tiers de la peau qui la recouvrait dans sa moitié inférieure et antérieure, par suite de la destruction du tissu cellulaire sous-cutané; mais des bourgeons charnus se développent sur les parties dénudées, et la suppuration diminue peu à peu, en conservant toujours ses bonnes qualités. (Même prescription.) Le 30 avril, le pouls a repris un peu de développement; les forces se soutiennent, le malade souffre peu; tout semble devoir prendre une bonne direction. (On continue l'eau vineuse; on donne de la limonade, et on accorde quelques cuillerées de bouillon de viande.) Le 8 mai, le malade a repris quelques forces; la plupart des escharres sont tombées; la suppuration diminue chaque jour; les bourgeons vasculaires ont un bon aspect, mais le dos du pied fournit encore

beaucoup de pus (Trois potages au gras ; mêmes moyens.) Le 20 mai, le malade est en grande voie de guérison : toutes les escharres sont tombées; la suppuration se tarit, le dos du pied seul fournit encore du pus ; la plaie extérieure qui communiquait avec le foyer de la fracture est entièrement fermée. (Le quart, *idem.*) Le 1^er^. juin, la suppuration est presque réduite à rien ; le cal de la double fracture a pris de la consolidation. (*Idem.*) Le 7 juin, la suppuration est tarie, il n'existe plus de plaie, à proprement parler ; on conserve toujours l'appareil ; le malade est tout à fait bien. (La demie, et bientôt après les trois quarts.) Le 23 juin, on supprime l'appareil : le cal paraît solide, mais le malade est toujours tenu au lit, avec la seule précaution d'imprimer aux articulations de ce membre des mouvemens chaque jour plus étendus. (Portion entière.) Le 1^er^. juillet, le malade s'exerce avec des béquilles, et le 15 du même mois les mouvemens étaient suffisamment revenus pour que cet homme pût marcher seul sans la moindre claudication.

II^e^. OBSERVATION.

Un maçon, âgé de trente-six ans, d'une bonne constitution, tomba, le 23 décembre 1823, d'un premier étage sur la plante des pieds : la violence de la chute fut telle, qu'il en résulta au membre inférieur droit une double fracture accompagnée de douleurs excessives qui forcèrent cet homme, au bout de deux jours, à entrer à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu et couché, le 25 décembre, salle Saint-Paul, n°. 14. Examiné avec une grande attention, le lendemain de son arrivée, ce malade offrit alors l'état suivant : 1°. fracture au tibia, à deux pouces au-dessus de l'articulation du pied ; 2°. fracture au péroné, à un demi-pouce plus haut : la crépitation et la mobilité des fragmens sont extrêmes ; 3°. luxation prononcée du pied en dehors. Il existe au-dessous de la malléole interne une plaie contuse plus que suffisante pour admettre l'extrémité inférieure articulaire du tibia, qui fait par cette ouverture une saillie de plus d'un pouce ; en ou-

tre, on remarque un notable épanchement de sang à demi-coagulé dans l'intérieur de l'article. L'inflammation n'avait point encore envahi le membre : une saignée, pratiquée en ville, en avait peut-être retardé l'apparition; néanmoins le malade accusait dans toute cette jambe de vifs élancemens, qu'il disait partir de la plaie articulaire; malgré cela, le pouls était calme et régulier, et toutes les fonctions jouissaient encore de leur parfaite intégrité. On commence par remettre en place le fragment inférieur du tibia, ce qui a lieu fort aisément; on réduit ensuite, avec la même facilité, la luxation consécutive du pied; on panse fort mollement la plaie articulaire, sans trop chercher à rapprocher ses bords; puis on place le membre dans la demi-flexion, sur un plan d'oreillers, en s'abstenant toutefois d'appliquer de suite un appareil, dans la crainte de trop favoriser le développement des accidens inflammatoires : on se contente de fixer la jambe dans une bonne position, à l'aide de quelques bandes, pour prévenir le déplacement ultérieur, soit des fragmens, soit du pied lui-même. Vingt-quatre onces de sang sont tirées dans la journée : le malade est mis à l'usage des boissons délayantes, des lavemens émolliens, etc.; la jambe est couverte de cataplasmes de graine de lin, et la diète absolue lui est recommandée. Le 27 décembre, le pouls s'est élevé dans l'après-midi : une nouvelle saignée de douze onces a été immédiatement pratiquée. (Même prescription.) Le 28 décembre, le malade a de la fièvre, un peu de céphalalgie sus-orbitaire, un peu de douleur à l'épigastre, et une inquiétude générale dans tout le corps : néanmoins le membre est en bon état; le gonflement y est médiocre; la suppuration de la plaie de bonne nature et les douleurs modérées. (On place la jambe dans un appareil ordinaire à fractures du tibia, lâchement serré, et fortement imbibé de résolutifs : cet appareil est modifié de manière à ramener légèrement le pied en dedans, en même temps qu'il maintient cette partie fixée à angle droit sur la jambe; des compresses graduées sont aussi employées pour corriger la tendance qu'ont les fragmens à se déplacer, tantôt en dehors, tantôt en dedans, tantôt en avant, tantôt en arrière; quinze sangsues sont posées

sur l'épigastre ; des boissons gommeuses sont données pour toute nourriture.) Le 29 décembre, le malade n'a rien éprouvé de nouveau : le membre est en bon état; la plaie donne une suppuration louable. Les craintes qu'on avait conçues du côté du ventre se sont dissipées, mais des contractions involontaires et intermittentes, dans les muscles de la jambe affectée, déplacent souvent les fragmens. (Potion calmante, à prendre d'heure en heure, contenant deux grains d'extrait de belladone et cinq d'extrait de jusquiame blanche; mêmes moyens du reste.) Le 1^er^. janvier 1824, le malade est tout à fait bien : la langue est humide, le ventre souple, indolent; l'appétit commence à se faire sentir; le pouls est naturel, la peau sans chaleur; les fragmens n'ont plus de tendance au déplacement; l'inflammation du ventre diminue, et n'a point dépassé de justes bornes; la plaie même tend déjà à la cicatrisation. (Quelques cuillerées de bouillon léger; boissons rafraîchissantes.) Le 5 janvier, continuation du mieux. (Trois potages, *idem.*) Le 20 janvier, la suppuration diminue et la plaie se rétrécit. (Quart de portion.) Le 25 janvier, la plaie est couverte de bourgeons cellulo-vasculaires rouges, solides et du meilleur aspect; à cela près, la jambe a tout à fait son aspect naturel. La fracture du péroné prend beaucoup de consolidation; celle du tibia n'en offre presque pas. (*Idem*, la demi-portion.) Le 12 mars, une petite lame superficielle du tibia s'est nécrosée, à un pouce au-dessus de l'endroit fracturé, dans l'étendue de quinze à seize lignes; cet endroit seul fournit du pus, et la plaie articulaire est cicatrisée à très-peu de chose près. (On supprime l'appareil; même prescription.) Le 15 avril, divers abcès se sont successivement formés le long des muscles péroniers latéraux, sans que la santé du malade en ait été dérangée : on les a ouverts de bonne heure, et aucun accident n'en est résulté. Le cal de la double fracture paraît solide; les mouvemens du pied sur la jambe sont très-bornés, car le malade n'a pu encore exercer ces parties. (Portion entière.) Le 25 juin, plusieurs abcès se sont encore succédés sur cette jambe malade, et, cette fois aussi, une nouvelle lame très-superficielle du tibia a été frappée de

nécrose, au voisinage de celle précédemment tombée. On l'extrait dans les premiers jours de juillet : dix jours après, la cicatrice est complète. Dès-lors, le malade peut exercer son membre et son articulation, ce qui fut secondé par l'usage des bains locaux gélatineux, et dans le milieu d'août, tout était revenu en un assez bon état pour que cet homme pût marcher sans claudication et fort librement.

III^e. OBSERVATION.

Un manœuvre, âgé de vingt-trois ans, d'une bonne et forte constitution, fit une chute sur la plante des pieds d'environ quatre mètres de hauteur, le 21 février 1824. Cette chute occasionna une fracture très-compliquée aux deux os de la jambe gauche, pour laquelle le malade fut conduit à l'Hôtel-Dieu dans la même journée, et couché au n°. 15 de la salle Saint-Paul. Le lendemain 22, examiné soigneusement, cet homme offrit l'état suivant : 1°. fracture à un pouce de l'extrémité inférieure du tibia, avec éloignement de la malléole interne du corps de l'os; 2°. fracture au péroné, à peu près au même niveau; la malléole externe était aussi très-vacillante; le pied jouissait en conséquence d'une mobilité latérale extrême, la mortaise articulaire, dans laquelle l'astragale est reçue, étant détruite par l'effet de cette double fracture; 3°. épanchement de sang assez considérable dans l'intérieur de l'article. De plus, on voyait une plaie à la partie interne de l'articulation du pied, causée par l'extrémité inférieure du fragment supérieur du tibia, qui faisait, par cette ouverture, une saillie de plus d'un demi-pouce au-dehors. Cette plaie ouvrait donc largement l'articulation du pied. Ce n'est pas tout, il existait encore une seconde plaie au-dessous de la première; elle intéressait la peau, le tissu cellulaire sous-cutané; ses bords étaient notablement meurtris, et son étendue était de plus de deux pouces d'avant en arrière. L'inflammation n'était point encore survenue dans le membre fracturé; les souffrances étaient médiocres, le gonflement presque insensible; le pouls était calme et naturel. Tout le reste

de l'économie paraissait en bon état. On commence par réduire le fragment supérieur du tibia qui sortait encore par la plaie articulaire; quelques tractions douces et modérées suffirent pour obtenir ce résultat. Le membre est ensuite placé sur un plan d'oreillers légèrement élevé; la plaie est pansée mollement et ses bords doucement rapprochés; quelques compresses légères sont placées sur le pied, et le membre, sans autre appareil, est maintenu couché sur son côté interne. Seize onces de sang sont tirées dans la journée; le malade est mis à la diète absolue, à l'usage des boissons rafraîchissantes, des lavemens émolliens, etc. Le 23 février, le pouls a pris de la force et de la fréquence; la bouche est devenue sèche; néanmoins le ventre est souple et indolent; il y a de l'inappétence. Quand au membre, il est dans le même état, à cela près d'un peu de gonflement. (Nouvelle saignée de 8 onces; potion calmante contenant cinq grains d'extrait de jusquiame blanche et deux grains d'extrait de belladone, à prendre en vingt-quatre heures, et par intervalles; mêmes moyens du reste). Le 25 février, le malade est dans une situation satisfaisante; le pouls est revenu à son état naturel; la langue est humide; les plaies fournissent une suppuration louable; le membre, aujourd'hui gonflé, chaud et douloureux, ne l'est point cependant au-delà de ce qu'il doit l'être. (On met la jambe dans un appareil ordinaire à fractures du tibia, avec l'attention de maintenir le pied fléchi à angle droit, et de corriger, par des compresses graduées, la tendance très-grande qu'ont au déplacement les deux fragmens inférieurs de la double fracture. (Diète, boissons rafraîchissantes, lav. émoll.) Le 27 février, cet homme continue de bien aller. La suppuration des plaies est de bonne nature; l'absorption du sang épanché se fait, et l'inflammation diminue peu à peu. (Quelques cuillerées de bouillon léger; on humecte abondamment l'appareil de résolutifs. *Idem.*) Le 7 mars, Le sang épanché dans l'article paraît résorbé en totalité; l'inflammation baisse toujours peu à peu; toutes les fonctions paraissent en bon état. On croit déjà pouvoir assurer la guérison du malade. (Même prescription; quelques légers potages.)

Le 10 mars, continuation du mieux ; l'inflammation est presque réduite à rien ; les plaies suppurent convenablement. (Mêmes moyens.) Le 11 mars, c'est-à-dire le dix-neuvième jour de l'accident, on est tout étonné de trouver ce malade, à la visite du matin, pris d'un tétanos général. On était d'autant moins porté à redouter cette terrible complication, que ce sujet avait dépassé le terme ordinaire aux accidens qui surviennent à la suite des grandes lésions des membres, et que les plaies, qui jusque là n'avaient cessé de présenter une bonne suppuration, offraient ce jour là même encore l'aspect le plus rassurant. Il n'y avait ni douleur, ni tiraillement, ni inflammation dans le membre ; le malade n'avait fait aucun excès ni en boissons, ni en alimens ; en un mot, il n'avait commis aucune imprudence. Mais il assurait qu'une fenêtre de son voisinage ayant été ouverte la veille pendant quelques heures, il avait eu froid tout le reste de la journée, et qu'à ce refroidissement avait succédé son tétanos. Quoi qu'il en soit, il était impossible de se méprendre sur la nature de l'affection, car les contractions étaient permanentes, involontaires, douloureuses, générales, et entremêlées de secousses plus ou moins fortes. (Potion contenant trente-six grains d'extrait de jusquiame blanche et cinq grains d'extrait d'opium, dans huit onces de véhicule, à prendre par cuillerées d'heure en heure ; frictions opiacées et camphrées sur le rachis ; diète absolue.) Le 12 mars, à la visite du matin, le malade avait une rémission marquée dans les symptômes tétaniques, mais le soir le mal reprit une nouvelle acuité. (On augmente la dose d'opium et on la porte à huit grains.) Le 13 mars, le tétanos n'a nullement cédé. L'écartement des mâchoires est devenu impossible. Le malade est dans les plus horribles angoisses. Mort ce jour même à midi. — *Autopsie.* — *Membre blessé.* On a trouvé, 1°. les deux fractures telles que je les ai décrites ; 2°. quelques portions de cartilages détachées et libres dans l'intérieur de l'articulation, qui n'offrait aucune altération notable, si ce n'est la déchirure qui la faisait communiquer avec la plaie extérieure, plaie dont j'ai parlé ailleurs ; 3°. aucune esquille, aucune déchirure, aucune lésion

de nerfs, aucun indice d'inflammation suffisante n'existait pour démontrer l'apparition du tétanos, soit dans l'articulation elle-même, soit dans les muscles, soit dans les autres parties. —*Crâne et canal vertébral.* On remarquait sur la portion de l'arachnoïde qui recouvre la convexité des hémisphère cérébraux une dixaine de petites taches blanches, opaques, de la largeur d'une pièce de cinq sous, avec léger épaississement de la membrane; du reste, on ne voyait aucune injection vasculaire dans les autres méninges. Une cuillerée de sérosité existait dans chacun des ventricules latéraux. La substance propre du cerveau, du cervelet et du mésocéphale parut partout dans son état naturel. La moelle épinière et ses enveloppes n'offrirent non plus aucun indice de lésions physiques appréciable. Les organes des autres grandes cavités étaient tous parfaitement sains.

IV^e^. OBSERVATION.

Un colporteur, âgé de cinquante-cinq ans, d'une bonne constitution, fit une chute sur les pieds d'environ deux mètres de hauteur, le 3 avril 1824, ce qui occasionna une double fracture du membre abdominal gauche, affection pour laquelle cet homme fut obligé, deux jours après, de se faire transporter à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu et couché salle Saint-Paul, n° 27. Examiné avec attention le troisième jour de son accident, le malade offrit l'état suivant : 1°. fracture de l'extrémité inférieure du tibia, avec très-grande mobilité de la malléole interne. 2°. Fracture du péroné à un pouce au-dessus de son extrémité inférieure ; 3°. luxation très-prononcée du pied en dehors ; 4°. épanchement sanguin considérable dans l'intérieur même de l'articulation : de plus, plaie d'un pouce et demi d'étendue et communiquant largement avec la partie antérieure de l'articulation tibio-astragalienne. On remarquait encore au-dessous de la plaie et sur le tarse une tumeur qui semblait formée par une saillie insolite de l'astragale, mais dont il était impossible de déterminer au juste la nouvelle position. Le membre malade paraissait en bon état; il était

exempt d'engorgement, médiocrement douloureux; le pouls était régulier; toutes les autres fonctions jouissaient de leur intégrité. Douze onces de sang sont tirées dans le jour au malade; il est mis à la diète, à l'usage des boissons rafraîchissantes, des lavemens émolliens, etc. Le membre, déjeté fortement en dehors par la luxation du pied, est placé dans un appareil à fractures du péroné, comme plus propre à remplir les deux principales indications, qui étaient de ramener le pied en dedans et d'assujétir les fragmens de la double fracture. La plaie articulaire avait été, comme dans les cas précédens, mollement pansée et doucement réunie. Le lendemain, 8 avril, le pied et la jambe sont pris d'un véritable phlegmon érysipélateux, la bouche est sèche, la langue rouge, la soif vive, l'inappétence complète, en même temps l'épigastre est sensible et la tête douloureuse. (Suppression de l'appareil, cataplasmes émolliens sur le ventre, saignée de huit onces, trente sangsues sur la jambe, boissons gommeuses, etc.) Le 12 avril, la suppuration avait déjà détruit la presque totalité du tissu cellulaire qui se trouve entre les péroniers latéraux et vers la partie antérieure et inférieure de la jambe, dans plus de huit pouces d'étendue : la peau de ces partie est prête à tomber en gangrène. Le dévoiement est survenu, la fièvre est continue, avec des exacerbations quotidiennes chaque soir; la bouche est d'une sécheresse remarquable, la soif est inextinguible, et cependant le ventre n'est point douloureux. (Quarts de lavemens anodins, boissons gommeuses, petit-lait sucré et nitré, pansemens fréquens, usage de l'eau camphrée dans les pansemens.) Le 20 avril, tous les muscles de la partie antérieure et latérale externe de la jambe sont à découvert depuis leur origine jusque vers la fin du tibia et du péroné, la peau de ces parties ayant été dénudée et par cela même gangrénée; la fièvre continue toujours avec des frissons et des exacerbations quotidiennes; le dévoiement, qui d'abord s'était ralenti, a repris une nouvelle intensité (dix à douze selles en vingt-quatre heures); la face devient hippocratique. (Diascordium et thériaque à la dose d'un scrupule soir et matin, *idem* du reste.) Le 28 avril, les symptômes ont encore été en

s'aggravant; la gangrène a gagné la partie postérieure de la jambe; aujourd'hui la suppuration est presque tarie, et n'offre plus qu'une sanie fétide; le dévoiement est excessif (trente selles en vingt-quatre heures), le mouvement fébrile intense, le malade délire par instans, ses traits sont entièrement décomposés. Il expire le 29 avril. L'autopsie n'en fut pas faite.

Je crois devoir avertir que ces quatre observations de fractures compliquées ont été choisies sur quatorze cas semblables qui se sont présentés pendant les deux années scholaires 1823, 1824, et 1824, 1825, dans le service de M. *Dupuytren*. Sur ce nombre, trois malades seulement ont succombé. J'ai rapporté l'histoire de deux, persuadé que les cas de non-succès sont souvent plus instructifs que ceux d'heureuse réussite.

Le sujet *de la première observation*, homme faible, âgé de soixante-huit ans, atteint d'une fracture des deux os de la jambe, avec large plaie des tégumens, grande mobilité des fragmens, épanchement sanguin autour du foyer de la fracture, se trouvait dans les conditions de subir l'amputation. Sir *Astley Cooper*, en effet, regarde l'âge avancé des malades comme indiquant l'amputation dans les cas dont il s'agit, ajoutant que chez eux l'inflammation fait des progrès beaucoup plus rapides, et les épuise promptement par l'abondance de la suppuration. (Œuvres chirurgicales, t. 2, p. 349.) Aussi ce malade eut-il une guérison traversée par tous les accidens prévus par le chirurgien anglais. Cependant les soins, les pansemens méthodiques, la manière rationnelle dont il fut traité, triomphèrent de tous les obstacles, et, au bout de trois mois, cet homme fut parfaitement rétabli, avec le libre usage de son membre. Le malade *de la seconde observation* se trouvait plus encore dans le cas de subir l'opération. On remarquait une double fracture des os de la jambe, avec plaie large et contuse de l'articulation elle-même; sortie d'un des fragmens par la plaie, épanchement dans l'intérieur de l'article, etc. J'ai dit précédemment que les meilleurs chirurgiens avaient été d'avis d'amputer lorsque l'arti-

culation, largement ouverte et contuse, était encore le siége d'un épanchement sanguin. M. *Larrey* est même de cette opinion. (Mémoires de chirurg. milit., t. 2.) Cependant l'âge du malade, son bon état, engagèrent à prendre le parti contraire, et cet homme eût guéri assez promptement sans divers accidens accessoires qui retardèrent le parfait rétablissement jusqu'au septième mois, époque où l'usage de son membre lui fut complètement rendu. *La troisième observation* offre un cas plus grave encore : double plaie, double fracture, saillie des fragmens au dehors, luxation du pied, épanchement sanguin dans l'articulation, telle était la position du malade; certes c'était bien le cas ou jamais de pratiquer immédiatement l'amputation. Cependant un parti opposé fut adopté. A la vérité, le malade a succombé ; mais le cas, tout malheureux qu'il est, n'est-il pas encore à l'avantage de la détermination qu'on a prise? Toujours est-il vrai que l'histoire de la maladie et l'ouverture du cadavre ne démontrent pas le moins du monde que la mort du sujet ou le développement du tétanos auquel il a succombé ait pu reconnaître pour cause la conservation du membre. *La quatrième observation* a pour sujet un homme de cinquante-cinq ans, à peu près dans les mêmes circonstances que l'individu précédent, sous le rapport de la lésion locale ; il succomba néanmoins le vingt-sixième jour de l'accident, par l'excès de suppuration et par l'étendue de la gangrène du membre affecté. On peut remarquer, 1°. que cet homme fut moins saigné que les autres malades atteints, comme lui, de fractures comminutives; 2°. qu'il a été mis de suite dans l'appareil, avant la diminution des premiers symptômes inflammatoires; 3°. que la plaie articulaire a été tenue exactement et fortement comprimée pendant les vingt-quatre heures, après quoi est survenu l'érysipèle phlegmoneux. Jusqu'à quel point ces causes ont-elles influé sur la marche de la maladie? Je l'ignore.

MORTS SUBITES.

Les morts subites avaient déjà fixé l'attention des anciens observateurs, et récemment M. *Louis* nous en a donné six observations. Ainsi que ce médecin l'a judicieusement observé, ces événemens extraordinaires ne sauraient être prévus que dans deux cas, 1°. dans celui où il existe un amincissement prononcé des cavités du cœur, ou bien un anévrysme de l'origine de gros vaisseaux susceptibles déjà les uns et les autres d'être reconnus durant la vie; 2°. dans celui où un individu, ayant réchappé d'une première attaque d'apoplexie, porte avec lui les signes de rechutes prochaines et subséquentes. Encore je remarquerai, avec M. le professeur *Chomel*, que les apoplexies, connues sous le nom d'*apoplexies foudroyantes*, ne tuent point instantanément : il s'écoule toujours plusieurs heures, quelquefois seulement une demi-heure, et dans des cas, excessivement rares, dix ou quinze minutes entre la mort et le coma soporeux qui la précède. Mais, bien plus souvent, les morts subites ne sauraient être prévues, et lorsqu'elles arrivent, comme dans cinq des cas rapportés par M. *Louis*, comme dans celui que je vais raconter tout à l'heure, ces événemens deviennent bien fâcheux pour le médecin. Leur rareté n'est point aussi grande qu'on pourrait se l'imaginer. J'en ai vu moi-même quatre exemples durant l'espace de cinq ans. A l'hôpital de la Charité, dans les salles Saint-Joseph et Saint-Jean, M. le professeur *Chomel* a rencontré six cas de ce genre en quatre ans sur quatre cent cinquante décès, ce qui fait juste une mort *subite* sur soixante-quinze autres, et si l'on joint à cela quatre cas de perforations spontanées de l'intestin grêle observées dans le même service sur des convalescens, on aura une mort *imprévue* sur quarante-cinq décès. On voit donc par ce simple aperçu, si d'ailleurs on réfléchit que toutes ces fâcheuses et subites terminaisons ont eu lieu sur des sujets peu malades et déjà presque retablis; on voit donc, dis-je, combien est grande et périlleuse la responsabilité des médecins, lors même qu'il s'agit des maladies en apparence les plus

simples et les plus bénignes. L'étonnement et la surprise que causent les morts subites ne cessent même pas à l'ouverture du corps. Dans quelques cas rares on trouve bien, à la vérité, des lésions capables de nous instruire sur la cause à laquelle le sujet a dû succomber, mais bien plus souvent l'inspection la plus minutieuse nous laisse encore dans une complète ignorance sur la cause de la mort ; tel était du moins le cas des individus dont M. *Louis* nous a donné les observations, tel était aussi celui de la jeune fille qui fait le sujet de l'observation suivante.

Observation unique. Une domestique, âgée de vingt-deux ans, d'un embonpoint ordinaire, d'une taille moyenne, d'un tempérament qui se rapproche beaucoup du sanguin, d'une bonne et forte constitution, n'ayant jamais eu antérieurement de maladies notables, avait éprouvé à six mois de grossesse une fausse couche, qui eut pour résultat l'expulsion d'un fétus mort-né, sans accidens ultérieurs. Deux mois après, dans les premiers jours de février 1828, cette fille éprouva de la céphalalgie; des courbatures dans tout le corps, de la soif, de l'inappétence, des nausées, du dévoiement et de la fièvre. Cet état continua plusieurs jours encore sous l'influence de la diète et du repos. Alors la malade résolut d'entrer dans un hôpital ; et le 12 février 1828, elle fut admise à la Charité, et couchée salle Sainte-Magdeleine, n°. 5. Examinée soigneusement à son entrée, cette jeune malade nous offrit l'état suivant : 1°. habitude extérieure satisfaisante et bien conservée; 2°. idées très-intègres ; forces mulculaires suffisamment affaiblies pour que la malade soit venue avec peine seule et à pied d'environ trois cents pas ; si on la lève sur son séant un peu vite, elle éprouve de suite des étourdissemens, des éblouissemens et des tintemens dans les oreilles ; il existe une céphalalgie permanente et prononcée, une insomnie presque complète et des rêvasseries continuelles durant la nuit ; 3°. la langue tend à se sécher ; elle est légèrement rouge à sa pointe; la bouche est pâteuse; les lèvres sont sèches à leur bord libre, mais visqueuse à leur face interne.

L'inappétence est très-prononcée : la malade se plaint de nausées ; la sensibilité est vive à l'épigastre, même sans y exercer de pression ; il existe un peu de météorisme. On remarque sur les tégumens une douzaine de taches rosées de la largeur d'une morsure de puce, et sans élevure à la peau ; trois selles liquides en vingt-quatre heures ; urines rouges, nuageuses ; toux légère ; quelques siflemens épars çà et là pendant l'expiration ; crachats muqueux peu abondans ; pouls plein, cent pulsations par minute ; peau chaude, souple, halitueuse. (Saignée de huit onces, diète absolue, eau gazeuse avec le sirop de gomme, demi-lavement, fomentations émollientes sur le ventre.) Le lendemain 14 février, l'état de la malade a peu changé. (Quinze sangsues au siége ; même prescription, à l'exception de la saignée générale.) Le 15 février, la faiblesse a fait quelques progrès, car la malade a de la peine à se rendre de son lit au poêle, distant d'environ quinze pas. (Lavement avec l'eau gazeuse, même prescription.) Le 16 février, la malade ne peut plus marcher qu'à l'aide d'un bras étranger. (Même prescription.) Le 17 février, la faiblesse augmente encore, la malade ne se lève plus. (Même prescription.) Les 18, 19 et 20 février, l'état de cette fille ne nous a offert aucun changement, l'éruption typhoïde est toujours nombreuse et apparente. Le pouls donne entre cent deux et cent quatre pulsations ; il conserve encore un certain degré de plénitude et de force. (Même prescription.) Les 21 et 22 février, la céphalalgie s'est dissipée, la malade a pu dormir quelques heures, la soif est aussi diminuée ; l'inappétence persiste encore, mais il n'existe plus de toux ; le pouls est tombé à soixante-dix-huit pulsations ; le ventre est souple, à peine sensible à la pression, sans météorisme ; les selles sont naturelles, la faiblesse est toujours prononcée ; cependant la malade commence à se lever et peut aller au poële. (Solutions gommeuses, demi-lavement émollient.) Le 24 février, la convalescence semble commencer ; la malade dit éprouver de l'appétit. (Deux demi-bouillons, *id.* du reste.) Les 25 et 26 février, la convalescence se décide franchement ; le pouls est dans son état naturel, la langue est humide et en bon état.

La seule chose qu'on ait remarqué est un vomissement de tisane, attribué par la malade au dégoût que lui inspire ce liquide; appétit vif et prononcé. (Deux soupes, deux crêmes de riz, *id.*) Le 27 février, la convalescence marche de mieux en mieux ; cette femme se lève pendant toute la journée et demande des alimens avec instance. (Deux soupes, trois crêmes de riz, une mouillette.) Le 28 février, ce matin, la malade se lève comme d'ordinaire après la visite ; elle parle à ses compagnes, et se plaint surtout du peu d'alimens qu'on lui accorde. Elle se recouche à neuf heures et demie de mauvaise humeur; peu après on la voit élever alternativement les deux bras hors de son lit ; une de ses voisines en avertit l'infirmière, comme pour lui montrer un geste curieux ; celle-ci vient au moment même, et déjà cette jeune fille avait cessé de vivre.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. — 1°. *Habitude extérieure.* Cadavre d'une femme forte et parfaitement bien conformée. Nul amaigrissement, rigidité cadavérique très-marquée, peau parsemée de *nævus* et de vergetures cadavériques. — 2°. *Crâne et rachis.* Les sinus de la dure-mère n'étaient point gorgés de sang; les méninges crâniennes et rachidiennes, le cerveau, le cervelet, la protubérance cérébrale et la moelle épinière, examinés avec la plus minutieuse attention, n'ont offert aucune lésion appréciable, et nous ont paru parfaitement sains ; il n'y avait pas de sérosité dans les ventricules. — 3°. *Thorax.* On a trouvé une cuillerée de liquide séreux dans la cavité du péricarde ; le cœur était tout à fait sain ; les ouvertures étaient très-libres et très-bien conformées ; nul caillot n'existait dans ses cavités ; les poumons étaient roses, bien crépitans, sans nul engouement, même cadavérique. On voyait sur la muqueuse bronchique, et seulement dans quelques-uns des plus petits rameaux, une légère teinte rosée et comme pointillée. Le larynx était bien conformé. — 4°. *Abdomen.* L'œsophage était dans son état normal; l'estomac offrait des colonnes saillantes qui paraissaient dues à sa rétraction sur lui-même ; la muqueuse était piquetée en rouge, principalement sur les colonnes dont je viens de parler; elle n'était point ramollie, et le tissu

cellulaire qui l'unissait aux autres parties paraissait tout à fait sain ; l'intestin grêle, dans son commencement, n'offrait non plus rien de remarquable ; on voyait seulement un léger gonflement des plaques de *Peyer*. Une d'entr'elles avait plus de quatre pouces de long ; mais à l'endroit où les valvules conniventes deviennent plus rares, on commence à apercevoir des taches noirâtres, de la grandeur de pièces de cinq et de dix sous, avec légère dépression circulaire, lesquelles sont évidemment des ulcérations déjà cicatrisées ; car, examinées à la loupe, on voit encore de légers plis rayonnans qui indiquent manifestement les brides d'une cicatrice consommée. D'autres taches sont un peu plus larges, non déprimées et marquetées de petits points blancs. Ces points blancs se remarquent encore agglomérés, non plus sur, mais autour de taches semblables qui se trouvent tout à fait à la fin du petit intestin. Il paraîtrait que ces dernières taches sont de même nature que les premières, c'est-à-dire qu'elles indiquent un travail de cicatrisation accompli sur d'anciennes ulcérations ; cependant ceci n'est pas hors de doute. Dans les trente derniers pouces de l'intestin grêle, on remarque encore cinq ou six plaques également colorées en noir, mais véritablement ulcérées, et dont le centre laisse voir à nu la muqueuse entamée et saignante. On a pu compter jusqu'à vingt-cinq ou trente altérations partielles de ces diverses espèces dans la totalité des petits intestins. Le cœcum était parfaitemement sain. Le commencement du colon présentait cinq ou six ulcères offrant un commencement de travail de cicatrisation déjà avancée vers leur circonférence. Ces ulcères ne dépassaient pas la largeur d'une pièce de quinze sous. Le foie était sain ; seulement il paraissait un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire. La vésicule contenait un quantité de bile poisseuse plus considérable que de coutume. Le pancréas, les reins, les uretères étaient dans leur état naturel. La vessie offrait un peu de rougeur vers son bas-fond, sans changement de consistance de la muqueuse. La rate était plus volumineuse qu'elle ne l'est ordinairement, et considérablement ramollie, si bien que son enveloppe fibreuse ayant été détachée dans

une petite partie de son étendue, la substance de ce viscère n'offrait plus là qu'une consistance diffluente. La matrice était saine. Les ovaires présentaient quelques kystes hydatiformes, à capsules rosées, du volume d'un pois rond.

Cette observation présente un double intérêt, d'abord sous le rapport de l'affection, durant la convalescence de laquelle la malade s'est trouvée brusquement emportée, puis sous le rapport de la mort subite elle-même. La maladie de cette fille, en effet, quoique bien appréciée durant la vie, avait néanmoins laissé quelques incertitudes sur sa véritable nature. L'ensemble des symptômes avait déterminé à la caractériser du nom de fièvre typhoïde médiocrement intense, en tant qu'on considère cette fièvre comme liée constamment à l'inflammation des plaques de *Peyer*. C'est cette affection qui a été désignée par MM. *Petit* et *Serres*, dans un ouvrage moderne, sous la dénomination de *fièvre entéro-mésentérique*. Cependant la stupeur, la prostration des forces, et même les symptômes du côté des bronches, n'avaient point eu, chez cette jeune malade, l'intensité remarquable qui s'observe constamment dans les fièvres typhoïdes bien caractérisées. Mais l'ouverture du corps leva tous les doutes, et nous montra combien était juste le diagnostic qu'on avait porté d'abord. Cette observation nous démontre donc déjà que les symptômes, désignés comme caractérisant spécialement les maladies, sont bien loin d'être identiques chez les divers individus, et combien alors il faut d'habitude clinique dans certains cas, pour bien saisir et pour bien apprécier la vraie nature de la maladie. L'examen des pièces anatomiques, considéré sous le point de vue pathologique, n'est pas non plus sans intérêt. Nous y voyons des ulcérations intestinales à divers états. Les unes étaient entièrement cicatrisées, et n'offraient plus que des taches noires très-légèrement *iridées*, qui plusieurs fois, et il n'y a pas long-temps encore, ont été regardées comme une altération primitive. D'autres étaient imparfaitement cicatrisées, d'autres offraient à peine un léger travail de cicatri-

sation, d'autres enfin étaient encore dans leur période d'acuité. Si l'on veut se rappeler que cette fille n'a séjourné que seize jours à l'hôpital; que sa maladie ne remontait pas au-delà de cinq à six jours avant son entrée, on se convaincra dès-lors que les ulcérations des intestins, dans les affections aiguës, sont susceptibles de guérir et de se cicatriser en un assez court espace de temps. Si nous examinons maintenant cette observation sous le rapport de la mort subite, nous noterons d'abord l'âge de la malade (vingt-deux ans), sa bonne santé antérieure, sa robuste constitution, et nous remarquerons ensuite le peu d'intensité de l'affection pour laquelle elle était entrée dans l'hôpital, sa convalescence franche et rapide. Ici les pièces anatomiques méritent encore l'examen du médecin. La première et la seule chose qui frappe, c'est l'absence complète de lésions quelconques capables de nous donner les moindres renseignemens sur la manière dont la mort a pu survenir si brusquement. De plus, comme dans les observations de M. *Louis*, on voit la roideur cadavérique très-marquée plus de vingt-quatre heures après la mort; le ramollissement de la rate, noté trois fois par ce médecin, était aussi, dans notre observation, des plus considérables. En dernier lieu, il est impossible de ne pas exprimer sa surprise, en voyant la mort survenir au milieu de tous les signes rassurans et sans que le moindre symptôme pût éveiller l'attention du médecin sur un aussi funeste évènement.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Faciliùs est repleri potu quàm cibò. *Sect.* 2, *aph.* 2.

II.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Ibid*, *aph.* 5.

III.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum. *Sect.* 5, *aph.* 2.

IV.

Il plagâ, caput, stupor, aut delirium, malum. *Sect.* 6, *aph.* 20.

V.

Ex osse ægrotante caro livida, malum. *Sect.* 7, *aph.* 2.

VI.

Ab ossis denudatione erysipelas, malum. *Ibid.*, *aph.* 19.